

# PSYCHOTHERAPIE UND SPIRITUALITÄT – AUF DEM WEG ZUR INTEGRATION? DARSTELLUNG UND KRITIK INTEGRATIVER MO- DELLE AUS DEN LETZTEN ZWEI JAHRZEHNTE

## 1. TEIL<sup>1</sup>

HANS-ARVED WILLBERG

ABSTRACT

*Einleitend werden die vorhandenen Grundmodelle der Zuordnung von Integrationbestrebungen in Psychotherapie und Seelsorge dargestellt. Der erste Teil des Artikels widmet sich dem bisherigen Weg der Psychotherapie in Richtung auf eine Integration der verschiedenen Schulen und, im Anschluss daran, der Zuordnung von Psychotherapie und Spiritualität aus dem Blickwinkel säkularer Psychotherapie, wofür zunächst eine allgemein plausible Definition von „Spiritualität“ skizziert wird. Es zeigt sich, dass hier wie dort der Weg vor allem durch die Kognitive Verhaltenstherapie gebahnt wurde. Im Angelsächsischen sind dort einige innovative Ansätze und Modelle entwickelt worden, die insbesondere christliche Spiritualität integrieren. In Mitteleuropa fehlen solche Modelle noch weitgehend. Nicht zuletzt aus integrationspolitischer Perspektive werden sie aber zunehmend benötigt.*

Man sollte nur das integrieren, was auch zusammenpasst. Noch besser ist es, wenn es auch zusammengehört. Seit die kirchliche Seelsorge Konkurrenz durch die säkulare „ärztliche Seelsorge“ (Frankl, 1998) bekam, der man den Namen „Psychotherapie“ gab, ist im Bereich der Sorge für die Seele die Beantwortung der Frage, was zusammenpasst und zusammengehört, sehr schwierig geworden. Erst recht kompliziert wurde es, als sich auch noch die säkulare Seelsorge in verschiedene Lager aufspal-

---

<sup>1</sup> Vortrag beim 4. Christlichen Gesundheitskongress in Bielefeld, März 2014.

tete, die überhaupt nicht kompatibel zu sein schienen. Dadurch entstanden verschiedene Bearbeitungswege des Integrationsthemas:

- ▶ Die klinische Psychologie fragt, ob und wie die unterschiedlichen Ansätze der Therapieschulen sinnvoll vereint werden können (allgemeine Psychotherapie).
- ▶ Die klinische Psychologie fragt, ob und wie Religion und Spiritualität in die Psychotherapie integriert werden können.
- ▶ Die Pastoraltheologie fragt, ob und wie psychotherapeutische Methoden sinnvolle Bestandteile von Seelsorgekonzeptionen sein können.
- ▶ Die Pastoraltheologie fragt, ob und wie es ganzheitliche Ansätze geben kann, in denen Seelsorge und Psychotherapie zu einer Einheit verschmelzen (allgemeine Psychotherapie und Seelsorge).



ABBILDUNG 01: VIER WEGE DER INTEGRATION

Ich beschränke mich in diesem Teil auf die erste und zweite Fragestellung. Der dritten und vierten widme ich mich im nächsten Heft.

## 1. DIE INTEGRATION DER PSYCHOTHERAPIESCHULEN

Stärkste treibende Kraft hin zu einer schulenübergreifenden Optimierung der Psychotherapie war im letzten Vierteljahrhundert die Kognitive Verhaltenstherapie. Das lässt sich leicht begründen: Die Kognitive Therapie entstand in Abgrenzung von den ideologisierten Hauptströ-

mungen der Psychoanalyse und des Behaviorismus (Alford, Beck, 1997, S.110; Ellis, 1974, S.31,191f). Sie stimmte nicht nur mit der Grundausrichtung der humanistischen Schulrichtungen überein, die sich ungefähr zur selben Zeit entwickelten, sondern sie war auch wie diese von der Neopsychoanalyse geprägt, mit dem Unterschied, dass sie in Theorie und Praxis von Beginn an eine große inhaltliche Nähe zur Verhaltenstherapie aufwies, was einerseits an ihrem stringent auf Verhaltensänderung ausgerichteten Pragmatismus lag (Besier, 1980), andererseits daran, dass sie sich auf dieselben verhaltenspsychologischen Grundlagen gründete wie jene (Kanfer, Reinecker, Schmelzer, 1996). Daraus folgte, dass die Kognitive Therapie sowohl in der Familie der humanistischen Psychotherapien groß geworden ist als auch den Ehebund mit der Verhaltenstherapie schloss, nachdem sie sich selbst konsolidiert hatte und die Verhaltenstherapie Feuer für das Thema „Kognition“ gefangen hatte. Seither ist das Paar meist mit gemeinsamem Namen unterwegs, es nennt sich „Kognitive Verhaltenstherapie“. Die Trias Humanistische Psychotherapie, Kognitive Therapie und Verhaltenstherapie bildete hinfort den Mainstream der psychotherapeutischen Innovation, während es dem weitgehend geschlossenen System der Psychoanalyse schwer fiel, sich ihr zu öffnen (Alford, Beck, 1997, S. 110).

Daraus resultierte, dass die verschiedenen Teilrichtungen der Trias viel voneinander lernten und profitierten. Die Transparenz zwischen den Schulrichtungen nahm zu und ein reger methodischer Eklektizismus wurde üblich. Angeführt wurde die Bewegung weiterhin von der Kognitiven Verhaltenstherapie, weil ihr Pragmatismus von vornherein an der Integration kompatibler Maßnahmen gleich welcher Herkunft interessiert war, weil sie am konsequentesten die wissenschaftliche Tauglichkeit therapeutischer Methoden untersuchte und ihre eigenen Ansätze dementsprechend evaluierte, und weil sie in stringenter Weise bewährte Methoden und Techniken in den Zusammenhang einer Vielzahl von überzeugend praktikablen Therapiemanualen stellte. Das führte schließlich dazu, dass Klaus Grawe et al. als Resultat ihrer Metauntersuchung aller relevanten Psychotherapieschulen in den 90ern den kognitiven und behavioralen Therapien das höchste Maß an wissenschaftlicher Vertrauenswürdigkeit bescheinigten, gefolgt von den explizit humanisti-

schen Therapien wie der Gesprächspsychotherapie, während die psychodynamischen Therapien schlecht abschnitten, da sie bis dato kaum überzeugende Wirksamkeitsnachweise erbringen konnten (Grawe, Donati, Bernauer, 1995). Gleichwohl gelangten Grawe et al. zu der Hypothese, dass nicht nur die Optimierung der Synergismen von kognitiv-verhaltenstherapeutischen und humanistisch therapeutischen Methoden zu noch höheren Therapieerfolgen führen würde, sondern dass für den psychotherapeutischen Fortschritt auch die Psychoanalyse mit ihren spezifischen Erkenntnissen vonnöten sei, nur müsse sie erst einmal ihre Hausaufgaben machen, sich aus ihrer ideologischen Geschlossenheit lösen, transparent für methodische Vielfalt werden, ihre Wirksamkeit empirisch-wissenschaftlich überprüfen und ihre Verfahren den Ergebnissen anpassen.

Bis zum Ende der 90er Jahre wurden nach Alford und Beck (1997) drei Wege zur Integration der Psychotherapieverfahren beschränkt: Eklektische Methodenpluralität, Bildung integrativer Theorien und die Feststellung bereits vorhandener Gemeinsamkeiten (ebd., S.76). Die beiden Forscher nahmen wahr, dass sich die meisten psychotherapeutischen Praktiker als Vertreter eines integrativen Ansatzes sahen; es sei aber durchaus nicht geklärt, was man darunter zu verstehen habe (ebd., S.80). Zudem würden standespolitische Abgrenzungen zum Paradox *verschiedener* methodenpluraler und integrativer Verfahren führen (ebd., S. 83). Das Ziel könne aber nur durch eine seriös wissenschaftliche Vorgehensweise erreicht werden, die durch die Bereitschaft gekennzeichnet sei, gewonnene Erkenntnisse auf den Prüfstand zu stellen und durch neue Forschungsergebnisse zu modifizieren (ebd., S.85). Alford und Beck postulierten, dass die Integration der verschiedenen Psychotherapieschulen einer wissenschaftlich stringenten theoretischen Grundlage bedürfe, die von den allgemeinen Zielen der Psychotherapie hergeleitet werden solle (ebd., S.78,86) und konsistent, „sparsam“, wissenschaftlich überprüfbar und umfassend sei (ebd., 96-100). Die methodischen Bestandteile sollten vorzugsweise eklektisch aus gut validierten Verfahren entnommen werden. Außer der Methodik müsse die Theorie aber auch die erforderlichen Qualitäten der Therapeuten und die therapeutische Beziehung umfassen (ebd., S.77). Alle diese Kriterien seien bereits in

den Kognitiven Therapien verwirklicht. Daraus folgerten sie den Anspruch der Vorreiterschaft der Kognitiven Therapien auf dem Weg zur integrativen Psychotherapie.

Dafür spräche nicht zuletzt auch die bereits erfolgte Integration der besonders gut validierten Verhaltenstherapie (ebd., S.111) mit den kognitiven Therapien wie auch ihre hohe Kompatibilität mit anderen Ansätzen (ebd., S.89,111). Im Gegensatz zur Psychoanalyse bildeten die Kognitiven Therapien kein geschlossenes System (ebd., S.111). Integrativ sei ferner die dialogisch konzipierte, auf den jeweiligen Klienten zugeschnittene Konsensbildung im Blick auf Ätiologie, Therapieziele und das therapeutische Procedere (ebd., 79).

Den Einwand, Kognitive Therapien seien einseitig, weisen Alford und Beck zurück: Emotionen und interpersonale Prozesse würden in den Kognitiven Therapien keineswegs ignoriert oder auf Kognitionen reduziert. Das Gegenteil sei der Fall (ebd., S.108): Die emotionalen Probleme mitsamt ihrem Kontext würden in den Kognitiven Therapien mit empathischem Verständnis aufgenommen, um von dort her Wege der Bewältigung zu finden. Das interpersonale Verhältnis zwischen Klient und Therapeut sei in den Kognitiven Therapien von „spezieller Wichtigkeit“ (ebd., 109).

Parallel zu diesen Vorgängen boomte die Neuropsychologie. Man wird heute sagen dürfen, dass sie den Platz des Vorreiters übernommen hat, was die Kognitive Verhaltenstherapie aber kaum degradieren dürfte, weil ihre lerntheoretischen Erkenntnisse über den Zusammenhang von Reiz, kognitiv-emotionaler Reaktion und Verhalten durch die Gehirnforschung keineswegs überholt, wohl aber wesentlich differenzierter darstellbar sind. Folgerichtig hat Grawe (2000; 2004) in der Neuropsychotherapie den Weg zu einer integrativen allgemeinen Psychotherapie gesehen, die letztendlich auf die Unterscheidung verschiedener Schulrichtungen verzichten kann.

## 2. DIE INTEGRATION VON PSYCHOTHERAPIE UND SPIRITUALITÄT

### 2.1. SPIRITUALITÄT: EIN DEFINITIONSVERSUCH

Was sollen wir überhaupt unter Spiritualität verstehen? Mir scheint es hilfreich zu sein, wenn wir sie erstens als ein notwendiges und tiefes menschliches Bedürfnis begreifen, wenn wir zweitens zwischen Religion, Religiosität und Spiritualität unterscheiden (Ellis, 2000), wenn wir drittens behaupten, dass sich die Erfüllung des spirituellen Bedürfnisses in Abstufungen mehr oder weniger großer Intensität vollzieht (ebd.) und wenn wir viertens davon ausgehen, dass die Erfüllung auf gesunde oder ungesunde Weise vonstattengehen kann.

Offensichtlich ist unser Gehirn genauso auf die Erfüllung spiritueller Bedürfnisse angelegt wie auf die Erfüllung der körperlichen und seelischen Bedürfnisse (Newberg, D'Aquili, 1998). Zwei neurobiologische Mechanismen zwingen uns zur Spiritualität: Der *Ursachen-Generator* und der *Ganzheitlichkeits-Generator*. Ersterer lässt uns für alle Geschehnisse einen Grund suchen, und wenn wir keinen erkennen können, sind wir darauf angewiesen, dass wir ihn uns entweder erdichten oder dass er uns mitgeteilt wird. Der Ganzheitlichkeit-Generator hingegen nötigt uns, dass wir stets danach trachten, unseren Wahrnehmungen eine Gestalt zu geben, ein Ganzes aus den Fragmenten zu machen, zu suchen, was noch fehlt (ebd., S.76f). Dementsprechend sind unsere spirituellen Bedürfnisse ausgerichtet: Sie streben nach Sinn und Einheit.

Religionen sind Rahmenbedingungen, die bestimmte Wege zur Erfüllung spiritueller Bedürfnisse bereitstellen, aber auch, nicht unbedingt im Zusammenhang damit, moralische Ansprüche an ihre Mitglieder richten. Religiosität ist die Menge von Verhaltensweisen, die darauf abzielen, diesen Ansprüchen gerecht zu werden oder spirituelle Erfahrungen mit höheren Mächten zu machen. Spiritualität kann sich auch ohne Religion ereignen.

Wenn Spiritualität auf Sinn und Einheit ausgerichtet ist, dann sind schlicht alle Erfahrungen, die uns in dieser Hinsicht bewegen, sei es die leidende Sehnsucht dort, wo Sinn und Einheit fehlen, oder sei es die

wahrgenommene Erfüllung, spiritueller Natur. Das schließt einen weiten Kreis menschlicher Erfahrung ein und gipfelt in der seltenen mystischen Erfahrung vollkommener Sinnhaftigkeit und Einheit.

Die Wege zu überprüfen, die zur spirituellen Erfüllung führen, ist Sache der Religionskritik. Der Psychotherapeut muss sich in der Regel nicht anmaßen, für seinen Klienten zu unterscheiden, ob dessen spiritueller Weg ein guter oder ein schlechter ist, zumal spirituelle Erfahrungen metaphysischen Charakter haben und Metaphysisches weder verifiziert noch falsifiziert, sondern nur gesehen, erlebt und geglaubt werden kann. Hier ist Respekt gefragt. Aber die Aufgabe des Therapeuten ist es, darauf zu achten, welche *Auswirkungen* die spirituelle Erfahrung auf den Klienten hat. An den Früchten sind sie zu erkennen (Mt 7,16). Tut es diesem Menschen und seiner Umgebung gut?

[...]

### 3. KONKLUSION

Die Entwicklung hin zu einer allgemeinen integrativen Psychotherapie, die empirisch-wissenschaftlich solide gegründet ist und insbesondere dem Forschungspfad der Neuropsychologie folgt, ist sehr zu begrüßen, sofern es sich um seriösen wissenschaftlichen Fortschritt handelt und um gut nachvollziehbare bedürfnisrelevante Therapiemodelle, die dem Erbe der humanistischen Therapien treu bleiben und dem Menschen darum wirklich darin zu dienen bemüht sind, *menschlicher* zu werden. Das signifikant hohe spirituelle Bedürfnis sehr vieler Menschen, die hohe pathogenetische wie auch salutogenetische Bedeutung von religiösen Glaubensangelegenheiten im Leben von Mitgliedern religiöser Vereinigungen, die vorhandenen Wirksamkeitsnachweise religiös oder spirituell erweiterter integrativer Psychotherapiemodelle und der Befund, dass nicht religiöse oder anders religiöse Therapeuten sich durchaus hilfreich auf die Glaubenssysteme ihrer Klientel einstellen können, scheinen deutlich dafür zu sprechen, dass die differenzierte Integration von Spiritualität und Religion in Psychotherapie ein lohnendes Unterfangen ist, wie auch die Integration dieser Gesichtspunkte in die psychotherapeuti-

sche Aus- und Fortbildung. Das gilt nicht nur für relativ geschlossene große Religionssysteme wie das Christentum in den USA, sondern auch für weitgehend säkularisierte Gesellschaften wie die europäische, weil einerseits Säkularisierung keineswegs mit dem Aussterben spiritueller Bedürfnisse und Vorstellungen einhergeht und andererseits Migration und Globalisierung der Psychotherapie eine erheblich gesteigerte interkulturelle und damit auch interreligiöse Aufmerksamkeit und Kompetenz abverlangen. Somit ist die Integration von Spiritualität und Religion in die Psychotherapie nicht zuletzt auch ein bedeutendes integrationspolitisches Thema.

## QUELLENNACHWEISE

- Alford, B.A., Beck, A.T. (1997). *The Integrative Power of Cognitive Therapy*. New York, London: Guilford.
- Azhar, M., Varma, S.L., Dharap, A.S. (1994). Religious Psychotherapy in Anxiety Disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90, 1-3.
- Azhar, M., Varma, S.L. (1995). Religious Psychotherapy in Depressive Patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 63, 165-168.
- Bergin, A.E. (1983). Religiosity and mental health: A critical reevaluation and meta-analysis. *Professional Psychology*, 14, 170-184.
- Besier, Gerhard (1980). *Seelsorge und Klinische Psychologie: Defizite in Theorie und Praxis der 'Pastoralpsychologie'*. Vandenhoeck & Ruprecht: Göttingen.
- D'Souza, R.F., Rodrigo, A. (2004). Spiritually Augmented Cognitive Behavioural Therapy. *Australasian Psychiatry*, 12, 148-152.
- Ellis, A. (1974). *Humanistic Psychotherapy*. New York, St. Louis, San Francisco, Düsseldorf et al.: McGraw-Hill.
- Ellis, A. (1984). The Case Against Religiosity. In: Ellis, Albert. *The Case Against Religion: A Psychotherapist's View and the Case Against Religiosity*. Introduction by John G. Murray. Austin: American Atheist Pr. 21-57.
- Ellis, A. (2000). Spiritual Goals and Spirited Values in Psychotherapy. *Journal of Individual Psychology*, 56, 277-284.
- Frankl, V. (1998). *Ärztliche Seelsorge: Grundlagen der Logotherapie und Existenzanalyse*. (7. Aufl.). Frankfurt a.M: Fischer.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen, Bern, Toronto et al.: Hogrefe.
- Grawe, K. (2000) *Psychologische Therapie 2.*, korr. Aufl. Göttingen, Bern, Toronto et al.: Hogrefe.



- Grawe, K., Donati, R., Bernauer, F (1995). *Psychotherapie im Wandel: Von der Konfession zur Profession*. 4. Aufl. Göttingen, Bern, Toronto et al.: Hogrefe.
- Hauck, P. A. (1972). *Reason in pastoral counseling*. Philadelphia, P.A.: Westminster Press.
- Hefti, R. (2011). Integrating Religion and Spirituality into Mental Health Care, Psychiatry and Psychotherapy. *Religions*, 2, 611-627.
- Johnson, W. Brad (1993). Outcome research and religious psychotherapies: Where are we and where are we going? *Journal of Psychology and Theology*, 21, 297-308.
- Johnson, W. Brad, DeVries, R., Ridley, C.R., Pettorini, D. et al. (1994). The comparative efficacy of Christian and secular rational-emotive therapy with Christian clients. *Journal of Psychology and Theology*, 22, 130-140.
- Johnson, W. Brad, & Ridley, C. R. (1992). Brief Christian and non-Christian rational-emotive therapy with depressed Christian clients: An exploratory study. *Counseling and Values* 36, 220-229.
- Kanfer, F.H., Reinecker, H., Schmelzer, D. (1996). *Selbstmanagement-Therapie: Ein Lehrbuch für die klinische Praxis*. 2., überarb. Aufl. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Koenig, Harold G.. (Hg.) (1998). *Handbook of Religion and Mental Health*. San Diego, London, Boston, New York et al.: Academic Press.
- McMinn, Mark R., Campbell, Clark D. (2007). *Integrative Psychotherapy: toward a comprehensive Christian approach*. InterVarsity Press: Downers Grove.
- McCullough, M. E. (1999). Research on religion-accommodation counseling: Review and meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 46, 92-98.
- Meyer, Richard (1999). Integrating cognitive theory and theology: Treatment of depression with a special focus on men and the "future" of the cognitive triad. *American journal of pastoral counseling*, 4, 3-29.
- Newberg, Andrew B., D'Aquili, Eugenie G. (1998). The Neuropsychology of Spiritual Experience. In Koenig, Harold G. (Ed.), *Handbook of Religion and Mental Health*. Academic Press: San Diego, London, Boston, New York et al., 75-94.
- Nielsen, S.L., Johnson, W.B., Ellis, A. (2001). *Counseling and psychotherapy with religious persons: A rational emotive therapy approach*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.
- Pecheur, D.R., Edwards, K.J. (1984). A comparison of secular and religious versions of cognitive therapy with depressed Christian college students. *Journal of Psychology and Theology* 12, 45-54.
- Pfeifer, Samuel (1988). Kognitive Therapie - ein neues Paradigma für die Seelsorge? *Wege zum Menschen* 40/3, 163-172.

- Pfeifer, Samuel, *Die Schwachen tragen: Moderne Psychiatrie und biblische Seelsorge*, 3. Aufl. (Brunnen: Basel, Gießen, 1994), 66
- Propst, L.R. (1980). The comparative efficacy of religious and nonreligious imagery for the treatment of mild depression in religious individuals. *Cognitive Therapy and Research* 4, 167-178
- Propst, L. R., Ostrom, R., Watkins, P., Dean, T., Mashburn, D. (1992). Comparative efficacy of religious and nonreligious cognitive-behavioral therapy for the treatment of clinical depression in religious individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 60, 94-103.
- Richards, P. S., Bergin, A.E. (Hg.) (2008). *Handbook of Psychotherapy and Religious Diversity*. 4. Aufl. Washington D.C.: American Psychological Association.
- Robb, H. (1988), *How to stop driving yourself crazy with help from christian scriptures*. New York: Albert Ellis Institute. Abgerufen 20.02.2013 von [http://www.rebt.org/help\\_bible.pdf](http://www.rebt.org/help_bible.pdf).
- Warnock, S.D.M. (1989). Rational-emotive therapy and the Christian client. *Journal for Rational Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 7, 263-274.
- Young, H. (1984). Practicing RET with Bible-Belt Christians. *British Journal of Cognitive Psychotherapy*, 2, 60-76.

## DER AUTOR

Hans-Arved Willberg, Theologe MTh. Jhg. 1955, vh., 2 Söhne. Trainer, Dozent und Publizist. Autor von mehr als 20 Monografien. Leiter des Instituts für Seelsorgeausbildung (ISA). Coach und Heilpraktiker für Psychotherapie; Rational-Emotiver Verhaltenstherapeut (DIREKT).

Life Consult  
Pforzheimer Str. 186  
76275 Ettlingen  
E-Mail: [willberg@life-consult.org](mailto:willberg@life-consult.org)

[www.life-consult.org](http://www.life-consult.org)  
[www.isa-institut.de](http://www.isa-institut.de)  
[www.willberg-karlsruhe.de](http://www.willberg-karlsruhe.de)